

.....
miejsowość, dnia

.....
imię, nazwisko Klienta

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
adres e-mail

FORMULARZ REKLAMACJI

TABELA REKLAMACJI	
NAZWA TOWARU ORAZ SYMBOL PODANY NA STRONIE INTERNETOWEJ LUB NA METCE	
NUMER ZAMÓWIENIA	
OPIS USTERKI	
DATA ZAUWAŻENIA USTERKI	
ŻĄDANIE KLIENTA	Klient (właściwie zaznaczyć): 1. <input type="checkbox"/> wnosi o usunięcie wady, lub 2. <input type="checkbox"/> wnosi o wymianę rzeczy na wolną od wad, lub 3. <input type="checkbox"/> wnosi o obniżenie ceny (chyba że sprzedawca niezwłocznie i bez nadmiernych niedogodności dla Klienta wymieni rzecz wadliwą na wolną od wad albo wadę usunie), lub 4. <input type="checkbox"/> odstępuje od umowy – o ile wada jest istotna (chyba że sprzedawca niezwłocznie i bez nadmiernych niedogodności dla Klienta wymieni rzecz wadliwą na wolną od wad albo wadę usunie).
DANE DO ZWROTU NALEŻNOŚCI	
KWOTA ZWROTU (PLN)	
DANE DO PRZELEWU (nr rachunku, imię i nazwisko, adres)	

Informujemy, że reklamacja zostanie rozpatrzona w terminie 14 dni od dnia jej złożenia. Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy, Klient może złożyć reklamację w innej formie przesyłając ją na adres Sprzedawcy: IMAR&MED. Iwona Andrys, ul. Modrzewie 24B, 72 – 113 Modrzewie, na adres email: biuro@imarmed.pl lub składając ją w Sklepie. Klient zostanie poinformowany telefonicznie lub mailowo lub pisemnie o wyniku rozpatrzenia reklamacji.

.....
data i podpis Klienta